Community Partners for Children
Travis County CRCG

Autorización para divulgar información de salud protegida

La presente autorización es voluntaria; por lo tanto, usted tiene derecho a negarse a firmarla. Al firmar la autorización, acepta participar en una reunión colaborativa, posiblemente con algunas o todas las agencias que se mencionan a continuación. Tiene derecho a leer y recibir una copia del Formulario de Remisión de CPC y la lista de Recomendaciones de CPC. Recibirá una copia de la autorización firmada.

Si decide no firmar la autorización, no se podrá programar una sesión de CPC para su familia en este momento. No obstante, un representante de CPC se pondrá en contacto con usted para analizar otras opciones.

Nombre del niño/joven: _____

Fecha de nacimiento: _____

Autorizo a Community Partners for Children (CPC, por sus siglas en inglés) a obtener, proporcionar e intercambiar datos escritos, electrónicos y verbales referentes a la información de salud protegida de, a y con (para que el formulario sea válido, el padre/cuidador DEBE escribir sus iniciales al lado de cada agencia/organización):

Agencias miembro de CPC

____Any Baby Can
____ARC del área de la capital
____Austin Child Guidance Center (ACGC)
____Distrito Escolar Independiente de Austin
____Centro para Niños y Familias
____Psiquiatría Infantil y Adolescente, Facultad de Medicina Dell, Universidad de Texas en Austin
____Comunidades en las Escuelas
____Voluntario comunitario (que no esté afiliado a una agencia)
____Padre y/o Voluntario Juvenil
____CPS Re-integration Program
____Distrito Escolar Independiente de Del Valle
____Integral Care
____LifeWorks
____Maximus (Asistencia Médica Administrada de Medicaid)
____Distrito Escolar Independiente de Pflugerville
____Centro de Estudios Infantiles de Texas
____Departamento de la Familia y los Servicios de Protección de Texas
____Departamento de Servicios de Salud Estatales
____The Children's Partnership
____Salud y Servicios Humanos del Condado de Travis
____Departamento de Libertad Condicional Juvenil del Condado de Travis
____Programa TRIAD
____Vida Clinic
____Via Hope

Agencias afiliadas que se asocian con CPC

____African American Youth Harvest Foundation (AAYHF)
____Hospital Austin Oaks
____Hospital Estatal de Austin
____Sociedad del Autismo de Texas
____Capital Area Workforce Solutions/WERC
____Cedar Crest Hospital y Centro de Tratamiento Residencial
____Centro de Protección Infantil
____Dell Children's Hospital
____Georgetown Behavioral Health Institute
____Distrito Escolar Independiente de Manor
____Meridell Achievement Center
____Out Youth
____Distrito Escolar Independiente de Round Rock
____SAFE Austin
____Centro de Tratamiento San Marcos
____Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas
____Departamento de Justicia Juvenil de Texas
____Red de Servicios Juveniles de Texas
____Centro de Rehabilitación Neurológica de Texas
____Comisión de Fuerza Laboral de Texas
____University High School
____Waco Center for Youth
____Otro _____
____Otro_____
____Otro_____
____Otro_____

Para comprender mejor las necesidades de su hijo y su familia, deberemos revisar los siguientes tipos de datos durante su Sesión Familiar de CPC. Sírvase escribir sus iniciales junto a la información a divulgar:

____Formulario de Remisión de CPC (Mandatorio)
____Determinación de discapacidad intelectual
____Evaluación psiquiátrica
____Plan de tratamiento
____Notas de progreso del personal
____Diagnóstico
____Evaluación psicológica
____Registros/Documentación de Justicia Juvenil
____Colocación/Plan de alta de hospitalización
____Información de medicamentos
____Evaluaciones narrativas
____Notas de progreso de los médicos
____Registros escolares
____Documentación de Educación Especial
____Otro_____
____Otro_____

Entiendo que la presente autorización abarca todos los datos que contienen mis registros sobre enfermedades mentales, discapacidades del desarrollo, drogadicción o alcoholismo y enfermedades contagiosas como el VIH y el SIDA, además de los datos genéticos y cualquier otro tipo de información de salud protegida. **____ (Escribir iniciales.)**

La información a ser divulgada abarcará el período de tiempo _____ a _____.
Si no provee período de tiempo, la información divulgada cubrirá toda información antes del vencimiento de la fecha de esta autorización.

Usted podrá cancelar la autorización en cualquier momento escribiendo a Community Partners for Children. Podrá hacerlo por correo postal (Travis County HHS, Attn: Susie Kirk, PO Box 1748, Austin, Texas 78767) o por fax (512-854-5871). Sin embargo, la cancelación no afectará aquellas instancias de divulgación que hayan tenido lugar antes de recibir el aviso de cancelación. Todos los materiales escritos se proporcionan a los miembros de CPC el día de la sesión de CPC de la familia, y solo los miembros designados de CPC nombrados en las Recomendaciones del CPC, podrán mantener copia de los materiales. Community Partners for Children no puede controlar el uso que hará de la información de salud protegida la agencia/persona que la reciba en virtud de la presente autorización. Tenga en cuenta que este consentimiento incluye las comunicaciones por fax y correo electrónico. Dichos métodos no siempre son seguros y CPC no garantiza la seguridad de la otra parte.

A menos que se la cancele o que se indique lo contrario, la presente autorización vencerá en el plazo de un año a partir de la fecha de su firma.
Otra fecha de vencimiento especificada: _____

Firma del representante autorizado por ley (RAL/padre/tutor legal):	**Fecha:**
Nombre en letra de imprenta del representante autorizado por ley:	**Relación con el niño/joven:**

Se le explicó al RAL en qué consistía la autorización. Fue testigo de su firma:

Representante de la agencia de referencia: _____ Fecha: _____

(Firmar arriba y escribir nombre en letra de imprenta aquí): _____

Aprobó y aceptó la autorización:

Representante de CPC: _____ Fecha: _____